

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 83

Contribution à l'Etude

DE LA

**Gastro-Entéro-Anastomose postérieure
TRANS-MÉSO-COLIQUE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Janvier 1900.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

STANTCHO BATANOFF

Né à Ovtcharovo-Choumla (Bulgarie), le 12 janvier 1869



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900. — N° 83

Contribution à l'Etude

DE LA

Gastro-Entéro-Anastomose postérieure

TRANS-MÉSO-COLIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

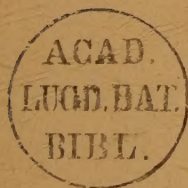
Et soutenue publiquement le 11 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

STANTCHO BATANOFF

Né à Ovtcharovo-Choumla (Bulgarie), le 12 janvier 1869



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE. ASSRSSRUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	OLLIER.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.	FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales	GAYET.
Physique médicale.	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	MONOYER.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée	CAZENEUVE.
Anatomie	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.	LORTET.
Physiologie	TESTUT.
Pathologie interne.	RENAUT.
Pathologie externe.	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.	TRIPPIER.
Médecine légale	POLLOSSON (M.).
Hygiène	ARLOING.
Thérapeutique	LACASSAGNE.
Pharmacie.	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements.	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale.	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE,	—
Botanique.	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVJOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
POLLOSSON (A.)	COLLET.	DURAND.	BERARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROLLET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président ; M. ROUX, Assesseur ;
MM. DOYON et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA FAMILLE NÉDIALKOFF

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance

A mon Ami, Capitaine KURKTCHIEFF

Souvenir affectueux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
Monsieur le Professeur PONCET

PRÉFACE

Au début de ce modeste travail, c'est pour nous un devoir agréable d'adresser nos hommages à tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Lyon. C'est à eux que nous devons notre éducation médicale.

Nous remercions vivement notre maître M. Jaboulay, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse. Qu'il veuille bien nous permettre d'emporter avec nous, dans notre pays, un souvenir ineffaçable de ses conseils précieux.

M. le Professeur Poncet nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale : nous le remercions bien sincèrement.

INTRODUCTION

Peu de questions en chirurgie ont réussi à soulever tant de discussions, aussi bien dans le monde chirurgical que dans le monde médical. La gastro-entéro-anastomose a préoccupé, en peu de temps, un grand nombre d'auteurs. En ces derniers temps, les travaux se sont considérablement accrus sur des différents points de cette intéressante question.

Malgré tous ces travaux, on ne peut dire que tout soit élucidé.

Il est, en effet, difficile de tirer des conclusions bien précises dès à présent. Le petit nombre des cas observés n'a pas permis d'approfondir chaque point particulier de la question.

Avec le progrès de la chirurgie, la technique opératoire s'enrichit de jour en jour des procédés et des sous-procédés. Une question qui se pose journellement à chaque opérateur est la suivante : Laquelle des nombreuses méthodes opératoires doit-on préférer ?

Quand nous avons entrepris ce modeste travail, nous savions déjà que les opinions sont diverses sur cette question.

Récemment encore, à propos de la suture gastro-intestinale, les chirurgiens, au X^e Congrès de chirurgie de Paris, se sont partagés en deux camps : suturenistes et boutonnistes.

Aujourd'hui, nous n'avons nullement la prétention de trancher toutes ces questions. Nous nous contenterons simplement de rapporter quelques cas de gastro-entéro-anastomose postérieure trans-mésocolique.

Nous nous proposons donc, dans un premier chapitre d'étudier l'histoire de cette opération.

Dans un second chapitre nous décrirons l'opération avec ses indications et contre-indications.

Dans un troisième chapitre, nous essaierons d'étudier les complications et les résultats de la gastro-entéro-anastomose en général et ceux de la gastro-entéro-anastomose postérieure trans-mésocolique. Puis nous exposerons nos douze observations qui sont recueillies toutes dans la clinique de M. Jaboulay.

Enfin, nous terminerons ce modeste travail avec nos conclusions.

La langue française n'étant pas notre langue maternelle, nous réclamons toute l'indulgence du lecteur, pour les fautes que nous avons pu commettre.

rière de l'estomac. — Son opéré est mort d'une péritonite suppurée due à l'ulcération du néoplasme. Ce procédé fut suivi plus tard par quelques chirurgiens français (Terrier, Tuffier, Doyen et d'autres). Deux ans après, von Hacker se trouvant en présence d'une tumeur du pylore inopérable, se décida aussi d'anastomoser le jéjunum à la face postérieure de l'estomac, en traversant le méso-côlon transverse. — Il rendit compte de cette opération nouvelle au Xe congrès allemand de chirurgie de Berlin (1885) et c'est à lui que revient le mérite d'avoir donné un manuel opératoire facile à suivre et adopté, après lui, par un grand nombre de chirurgiens.

La méthode de von Hacker n'est pas la seule méthode de gastro-entéro-anastomose postérieure.

Poucel (1) de Marseille a un procédé de *gastro-entéro-anastomose* postérieure qui lui est propre et qui lui a donné pour deux cas, deux guérisons opératoires. C'est une gastro-entéro-anastomose postérieure anté-colique, après résection de l'épiploon au ras de ses insertions.

Roux (2) de Lausanne, pratique la gastro-antéro-anastomose postérieure trans-méso-colique en Y, qui consiste à sectionner le jéjunum, à aboucher le

(1) Poucel-gastro-jéjunostomie postérieure pour sténose cicatricielle du pylore. *Gazette des Hôpitaux* 1896, p. 891.

(2) Roux (de Lausanne). — De la gastro-entérostomie. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1897, p. 90.

bout inférieur dans la paroi postérieure de l'estomac à travers une brèche méso-colique et à réunir le bout supérieur, ou duodénum, au jéjunum par une implantation latérale.

Parmi ces différentes méthodes de gastro-antéro-anastomose postérieure, la méthode de von Hacker est celle qui compte les plus nombreux partisans.

Czerny, au congrès de Moscou, dit n'avoir pratiqué que 13 gastro-entérostomies antérieures contre 77 exécutées par la méthode de von Hacker.

« La méthode de von Hacker, dit-il, c'est-à-dire l'anastomose de l'intestin grêle à la paroi postérieure de l'estomac avec le bouton de Murphy a été adoptée dans ma clinique, comme un procédé courant à cause de la rapidité de son exécution »,

« Toutes les fois qu'il ne se produit aucun incident, il me faut quinze minutes pour l'exécution, à la condition d'avoir un aide exercé ».

Wölfler (1) au Congrès allemand de Chirurgie de 1896, met en parallèle la gastro-entérostomie antérieure et la méthode de von Hacker.

« Comme la modification apportée par von Hacker donne également de bons résultats, dit-il, elle serait indiquée lorsque la paroi stomacale antérieure sera envahie ou lorsque le mésentère sera trop court.

(1) WÖLFLE (A.) — Ueber Magen. Darm. chirurgie verhandlungen der *Deutschen gesellschaft fur chirurgie*, Berlin 1896, p. 118.

« Quand à savoir si la gastro-entérostomie rétro-colique, doit plus tard être le procédé habituel, comme l'est actuellement la gastro-entérostomie anté-colique, il faut attendre que de nouveaux faits nous permettent de trancher cette question.

CHAPITRE II

Opération

I. — INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Quoique la gastro-entéro-anastomose postérieure ait des indications spéciales, leur étude ne peut en être faite sans une étude préalable des indications des autres procédés de gastro-entéro-anastomose.

Nous passerons donc en revue les principales indications de la gastro-entéro-anastomose en général et celles qui sont propres à la gastro entéro-anastomose postérieure.

Wölfler a pratiqué la première gastro-entéro-anastomose pour un néoplasme pylorique inopérable. Depuis, le champ de cette opération s'est singulièrement accru. Les rétrécissements cancéreux du pylore puis les rétrécissements cicatriciels ont été les premiers tributaires de cette opération. Puis elle s'est généralisée de plus en plus et la chirurgie moderne l'a appliquée à la cure de l'ulcère de l'estomac et

récemment au traitement de la dilatation de l'estomac et des dyspepsies invétérées.

Mauclaire et puis Jaboulay la recommandent dans des douleurs gastriques intolérables. Pour ces chirurgiens le symptôme douleur doit entrer en ligne de compte.

M. Jaboulay la pratiqua pour des phénomènes de péristaltisme exagéré chez des femmes névropathes.

« Une fois, chez une jeune femme, nous avons saisi sur le fait des contractures antipéristaltiques de l'estomac partant du pylore et amenant, avec des vives douleurs, des vomissements incoercibles : ils résistèrent à la dilatation de cet orifice ».

« La gastro-entéro-anastomose est encore la meilleure opération à opposer à cette perturbation fonctionnelle » (Jaboulay).

Le cas que nous rapportons, avec l'observation III, n'est pas moins intéressant à ce point de vue.

Lors donc que l'on trouve les signes cliniques de la sténose pylorique qui se caractérise par des troubles gastro-intestinaux (nausées, éructations, vomissements, dilatation de l'estomac); par des contractions douloureuses, péristaltiques ou antipéristaltiques et surtout par un signe capital : la constatation, le matin, dans l'estomac, de liquides résiduels chargés de débris alimentaires, des parcelles de pain et de morceaux de viande non digérés, il ne faut pas attendre de pratiquer la gastro-entéro-anastomose, car le malade, que la sténose pylorique conduit fatalement à la mort, sera sauvé par cette intervention temporairement s'il s'agissait d'un cancer, et définitivement si l'obstacle était de nature fibreuse.

Toutes les formes de sténose non cancéreuse sont-elles tributaires à la gastro-entéro-anastomose ?

Le chirurgien, en présence d'une sténose cicatricielle, se trouve en face de trois opérations : *pylorectomie*, *pyloroplastie* et *gastro-entéro-anastomose*.

Laquelle de ces trois opérations doit-on pratiquer ?

Cette question a amené de grandes divergences entre les chirurgiens les plus compétents.

Billroth et Czerny, par exemple, rejettent la pyloroplastie. Mikulicz, Morison, Jaboulay préfèrent, au contraire, la pyloroplastie.

Etant donné que le meilleur moyen de juger de la valeur d'un procédé est la mortalité, nous nous rapportons à la statistique de Doyen qui nous montre qu'elle est de :

- 43 % pour la pylorectomie ;
- 18,7 % pour la gastro-entérostomie ;
- 18,7 % pour la pyloroplastie.

On a peut-être exagéré les dangers de la gastro-entéro-anastomose en ne sachant auquel des nombreux procédés de gastro-entérostomie attribuer la plus grande part des cas d'insuccès.

Les cas que nous avons pu observer personnellement et ceux recueillis et publiés dans la thèse de M. Desfosses (Paris, 1898), nous amènent à conclure qu'il ne reste plus de doute pour hésiter entre la pyloroplastie et la gastro-entéro-anastomose et que les sténoses cicatricielles sont le triomphe de la gastro-entéro-anastomose postérieure trans-mésocolique.

Quand le rétrécissement est d'origine cancéreuse, la nature de l'intervention est plus difficile à décider.

Toute indication dépendra de l'étendue de la lésion, de son siège et de l'état général du malade.

Ici encore, le chirurgien se trouve en face d'une véritable richesse de procédés. *La pyloroplastie* est exclue d'emblée. *La pylorectomie* a ses indications bien précises par la localisation de la lésion au pylore; mais si, à l'ouverture de l'abdomen, on se trouve en présence d'une généralisation, d'ailleurs facile à constater par l'exploration des ganglions mésentériques, la gastro-entéro-anastomose remplacera alors la pylorectomie.

Une fois l'intervention décidée et l'indication de la gastro-entéro-anastomose bien nette, lequel des nombreux procédés doit-on préférer?

Ici, les opinions sont partagées. Il faut espérer encore que la statistique tranchera cette question.

Théoriquement, on doit admettre que le chiffre de la mortalité sera considérablement diminué par le procédé de von Hacker, car nous verrons que ce procédé donne moins de complications, qu'il est beaucoup plus facilement exécuté et qu'il répond mieux aux fonctions physiologiques. Les indications sont celles des autres procédés.

La seule contre-indication de la gastro-entéro-anastomose postérieure trans-méso-colique est, quand la face postérieure de l'estomac est envahie par le néoplasme, que des adhérences se forment au pan-

créas et rendent impossible sa traction à travers la boutonnière du méso-côlon.

Une disposition qui, sans être une contre-indication, est parfois une gêne, c'est l'épaisseur insolite du méso-côlon transverse.

Les hémorrhagies par l'effondrement de celui-ci ne sont pas à craindre, si on a soin de déchirer verticalement, et sans trop de traction, entre une anse artérielle.

Il n'y a pas lieu de voir survenir de la gangrène du côlon transverse, puisqu'il n'y a pas de section de ses artères nourricières.

L'étranglement de la portion jéjunale par l'orifice du méso-côlon est évité si on tâche de faire une assez grande fente de haut en bas.

II. — MANUEL OPÉRATOIRE.

Nous ne nous arrêterons pas sur les préparatifs avant l'opération. Les instruments et toutes autres précautions à prendre sont les mêmes pour toute gastro entéro-anastomose. La description du bouton de Murphy-Villard est faite dans tous les livres classiques.

Cependant, une précaution qui peut être utile dans quelques cas particuliers, c'est le lavage de l'estomac.

Il doit se faire toujours, sauf quelques cas exceptionnels, le jour même de l'opération. Nous ne l'avons pas pratiqué dans deux de nos douze cas (Obs. V et IX).

Lorsque le malade est très affaibli, on pourra, avec avantage, lui faire des injections de sérum artificiel, dont la composition est :

Chlorure de sodium.....	5 gr.
Sulfate de sodium.....	10 »
Eau distillée.....	100 »

Dans tous les cas, on doit prendre toutes les précautions d'usage dans toute laparotomie, assurer l'asepsie des voies digestives et du champ opératoire.

Après l'anesthésie à l'éther, on procède à l'opération proprement dite.

1^{er} TEMPS. — *Laparotomie.* — L'incision de la paroi abdominale est faite entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, sur une longueur de huit à dix centimètres. Si cette longueur est insuffisante, il ne faut pas craindre d'aggrandir l'incision.

« Mieux vaut opérer à l'aise et y voir clair et avoir une incision trop grande » (Jaboulay).

On sectionne successivement la peau, le tissu cellulaire, le plan musculo-aponévrotique, en ayant soin de pratiquer, au fur et à mesure, une hémostase aussi parfaite que possible.

Arrivé sur le péritoine, on l'ouvre et on en repère les bords au moyen des pinces à forcipressure. Toute la plaie est couverte de compresses aseptiques, les pinces péritonéales sont seules laissées au-dessus.

2^e TEMPS. — *Recherche des viscères.* — Nous avons vu précédemment que le choix du point où

le chirurgien doit porter l'abouchement stomacal dépend, avant tout, de l'état de la lésion. Une exploration de la région est donc nécessaire.

Quand on ouvre l'abdomen d'un malade qui a présenté le tableau clinique de la sténose pylorique, il est de règle de constater des brides fibreuses qui partent de la vésicule biliaire, du bord antérieur du foie pour gagner la région du pylore et de voir sur la petite courbure de l'estomac, dans la région pylorique, des masses indurées plus ou moins étendues. L'exploration de cette région est donc très importante, elle précise ou rectifie le diagnostic, permet de poser les indications opératoires. On se rend compte de l'étendue des adhérences entre l'estomac et les viscères voisins, de la présence ou de l'absence de l'engorgement ganglionnaire.

Le point capital de cette exploration est l'appréciation du degré de rétrécissement du pylore.

Cette manœuvre se fait à l'aide de l'index à travers la paroi de l'estomac. Un pylore normal laisse passer le doigt-coiffé des tuniques de l'estomac.

Une fois cette opération terminée, les indications sont en faveur d'une gastro-entéro-anastomose, si la face postérieure de l'estomac est libre. Ce n'est plus le temps où on procédait à la longue recherche de la portion de l'intestin grêle à anastomoser; ce n'est plus la première anse venue qu'on anastomose. Les erreurs commises à ce point de vue par les premiers opérateurs, ont instruit les chirurgiens.

Passons maintenant à la recherche de viscères-

a) *Recherche du jéjunum.* — Se rappelant ses notions d'anatomie sur la terminaison du duodénum au-dessous de la racine du méso-côlon transverse, l'opérateur fera relever et tendre le côlon transverse et le grand épiploon et il ira saisir à la base du méso-côlon, sur la partie latérale gauche de la colonne vertébrale, la première anse intestinale qui sera sûrement l'origine du jéjunum (1).

b) *Recherche de la face postérieure de l'estomac.* — Ici encore l'anatomie nous apprend que le grand épiploon ou épiploon gastro-colique, qui se détache du bord inférieur de l'estomac, se porte ensuite sur le bord antérieur du côlon transverse.

Là, il se divise en deux feuilles qui recouvrent l'une la face supérieure, l'autre la face inférieure du côlon transverse.

Ces deux feuillets arrivés au niveau du bord postérieur de l'organe, s'accolent de nouveau et forment un large repli, le méso-côlon transverse, qui rattache l'arc du côlon à la partie postérieure de l'abdomen suivant une ligne qui s'étend du rein droit, au rein gauche, en passant au niveau du bord inférieur du pancréas.

Ainsi donc la face postérieure de l'estomac est nettement séparée, par le méso-côlon, de la partie intestinale que nous pensons anastomoser.

(1) Nous avons fait cette manœuvre plus d'une fois sur des cadavres et nous ne nous sommes jamais trompé dans la prise.

La perforation de cette cloison devient indispensable, de là le mot de trans-méso-côlique que l'on ajoute à celui de gastro-entéro-anastomose postérieure.

Dans les minces feuillets du méso-côlon se dessinent des arcades vasculaires. C'est au milieu d'un de ces espaces compris entre ces arcades qu'avec le doigt on fait un orifice assez large pour qu'on puisse facilement retirer tout l'estomac.

La création de cette fente ne détermine aucune perte de sang surtout quand cette membrane n'est pas épaisse.

Une fois nous avons constaté, sur un de nos douze cas (Obs. II) que cet écran paraissait être absent.

A travers cette déchirure on ira saisir cette partie stomacale, et on l'attirera au dehors pour la mettre en regard de l'intestin. Il est généralement facile d'amener la face postérieure de l'estomac et la partie jéjunale en dehors de la cavité abdominale et d'opérer, pour ainsi dire, hors du ventre.

3^e TEMPS. — *Création de la bouche anastomotique.*

— Une fois les viscères à anastomoser ainsi préparés, garnies de compresses chaudes et rigoureusement aseptiques, le chirurgien se met à faire la suture ou l'application du bouton anastomotique. Peu importe, suture ou bouton, les deux méthodes sont bonnes en principe. Certes, une suture bien faite vaut mieux qu'une application défectueuse du bouton et vice versa.

Nos douze malades ont été opérés par M. Jaboulay

sans suture. C'est à ces exemples que nous aurons recours en nous proposant de suivre la description de l'application du bouton anastomotique Murphy-Villard.

On commence par la création de l'orifice anastomotique du jéjunum.

Elle se fait de la façon suivante :

L'aide limitera avec ses deux mains l'anse du jéjunum à anastomoser, de façon à chasser les matières et à faire l'hémostase.

L'incision est faite parallèlement au grand axe de l'intestin, un peu plus grand que le diamètre du bouton anastomotique.

Puis, à l'aide d'un fil, on fait une suture continue qui agit comme les cordons d'une bourse. On introduit la tête de la partie femelle du bouton anastomotique et on rétrécit l'orifice intestinal en serrant par les deux bouts le fil jusqu'à ce qu'il s'applique étroitement sur la tige de la pièce métallique.

Avant que l'intestin soit lâché par l'aide, le chirurgien aura soin de boucher l'orifice du bouton anastomotique avec un tampon, afin de prévenir l'écoulement des matières intestinales.

Pour l'ouverture de l'estomac, on choisit un point dépourvu de gros vaisseaux, on attire ensuite l'estomac en avant de façon à pouvoir faire un pli sur la paroi au niveau du point choisi pour l'incision.

Un aide comprime la base de ce pli, de façon à empêcher les matières de passer par l'orifice pendant l'introduction du bouton. Sur la partie saillante du

pli formé, le chirurgien pratique une incision parallèlement à son axe.

L'endroit de l'incision stomacale dépend de l'étendue de la lésion. Nous ne saurions trop dire si la direction de cette incision a une importance capitale.

La suture continue en cordon de bourse, et l'application de l'autre partie du bouton anastomotique se fait exactement comme pour l'intestin.

Il nous reste maintenant à réunir les deux parties du bouton.

Avant tout, on cherchera de donner à l'anse intestinale, une disposition telle, que le bout afférent tombe à droite et au-dessous du bout afférant. Cela fait, on rapproche les deux moitiés du bouton, on enlève rapidement le tampon qu'on avait laissé dans l'intérieur de la portion femelle.

Pour que la coaptation soit aussi parfaite que possible ainsi que l'adossement des séreuses, il faut appuyer suffisamment sur les deux moitiés du bouton à travers les tuniques des viscères.

Si, en un point quelconque, la réunion ne paraissait pas suffisante, il n'y aura qu'à renforcer ce point, à l'aide d'un ou deux fils de suture. Mais, dans la majorité des cas, ces fils sont inutiles.

4° TEMPS. — *Réduction des organes et suture de la paroi abdominale.* — L'application du bouton anastomotique terminée, l'anastomose faite, on fera attention à deux choses : assurer une asepsie absolue et replacer les viscères autant que possible dans leur situation normale.

La suture de la paroi abdominale se fait en trois étages : étage péritonéal, étage musculaire, étage tégumentaire.

Pour les deux premiers étages, on emploie une suture en surjet, à la soie ou au catgut. Quant à l'étage superficiel, il se fait avec des fils d'argent, assez rapprochés, pour qu'il n'y ait aucune crainte d'éventration possible.

III. — DURÉE DE L'OPÉRATION.

Les différents temps de l'opération, au point de vue de leur durée, sont variables avec chaque cas et avec chaque procédé. Mais, pour l'opération entière, c'est-à-dire depuis l'incision de la paroi abdominale jusqu'à la fin de la suture abdominale, on peut préciser approximativement le temps pour son exécution.

Pour la plupart des chirurgiens ce temps est de une heure ou une heure et demie.

Pour l'emploi du bouton de Murphy, Czerny n'a pas dépassé dans certains cas le délai de un quart-d'heure. Dans la gastro-entéro-anastomose postérieure, M. Jaboulay est arrivé à 35 minutes dans un de nos 12 cas, à 15 minutes dans deux cas et de 15 à 30 minutes dans les autres cas.

IV. — TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE

Les soins consécutifs sont très importants dans la gastro-entéro-anastomose.

Le jour de l'opération, il faut attendre que le malade soit complètement réveillé et les effets de l'anesthésie dissipés. Vers le soir, on pourra lui donner quelques cuillerées de liquide : champagne ou rhum, quelques fragments de glace à sucer.

Si la tension artérielle est faible et le pouls misérable on pratiquera deux ou trois injections de sérum artificiel de Hayem. Pour la nuit, une injection de morphine sera prescrite, si le malade éprouve des douleurs.

Deuxième jour. — Le lendemain de l'opération on augmentera les doses de liquides. Le malade boira du champagne, du cognac, de l'eau de Vichy. On pourra également lui faire prendre un peu de lait, mais en petite quantité à la fois, pour éviter autant que possible les contractions intestinales et stomacales.

Si le malade vomit, il ne faut pas hésiter à lui laver l'estomac.

La situation de la bouche anastomotique, qui se trouve sur le point le plus déclive dans la position dorsale et l'ouverture assez considérable du bouton Murphy-Villard permettent une alimentation plus précoce que dans les autres procédés.

Le troisième jour, on pourra commencer à alimenter plus sérieusement le malade avec des aliments liquides dont le lait sera la base.

De cette façon, on combat plus tôt les effets de l'inanition si fréquents chez tous les malades.

Le quatrième jour, le malade commencera à s'alimenter avec des œufs et du potage.

Habituellement tous ces malades sont constipés. On les fera aller à la garde-robe avec des lavements.

Le cinquième jour, on essayera d'alimenter le malade avec de la viande et s'il digère bien on augmentera progressivement son alimentation.

Les jours suivants, la plupart de ces malades peuvent suivre le régime ordinaire. Du 8^e au 15^e jour on enlève les fils. Du 15^e au 21^e jour le malade se lève.

CHAPITRE III

Résultats

Avant de parler des résultats de la gastro-entéro-anastomose postérieure, nous étudierons les inconvénients et les complications de cette opération.

Parmi les accidents qui peuvent survenir au cours ou dans la suite de la gastro-entéro-anastomose postérieure, les uns sont des accidents communs à toute intervention sur les voies digestives supérieures, dus aux défectuosités des différents procédés ou à des complications post-opératoires ; les autres sont spéciales à la gastro-entéro-anastomose postérieure.

I. — COMPLICATIONS DES GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSES EN GÉNÉRAL.

Un des accidents les plus fréquents est la complication péritonéale imputable plutôt à la défectuosité de la suture de la branche anastomotique qu'à l'infection opératoire.

« Nous ne croyons pas à l'intolérance de l'estomac pour la bile. Vomissement biliaire au cours de la gastro-entéro-anastomose veut dire, dans la grande majorité des cas, péritonite et insuffisance des moyens d'union gastro-intestinale » (Jaboulay).

En parcourant les observations réunies dans la thèse de Gallét (Lyon, 1893), on est frappé de voir que, depuis Billroth, celui-ci et beaucoup d'autres à la suite, ont trouvé à l'autopsie la formation d'un éperon au niveau de la bouche anastomotique, de sorte que le contenu stomacal est dirigé dans le bout supérieur de l'intestin grêle.

Pour remédier à ce grave inconvénient de l'opération de Wölfler, des procédés d'anastomose complémentaire ont été imaginés.

Parmi les nombreux procédés à cet égard, nous citerons celui de M. Jaboulay qui consiste à anastomoser secondairement le duodénum avec le jéjunum (Thèse de Gallet, Lyon, 1898, p. 61).

M. Jaboulay (1) insiste encore sur une complication qui n'est pas non plus rare : ce sont les infections des voies respiratoires. Ainsi, de ses cinq malades opérés et guéris de leur opération, il en a perdu un de broncho-pneumonie suppurée, un de tuberculose pulmonaire deux mois après, et un autre présentant une pleurésie qui persista 6 mois.

Certains auteurs allemands prétendent expliquer ces complications pulmonaires par la pénétration

(1) *Lyon Médical*, 1899, p. 607.

des parcelles alimentaires dans les bronches, lors des vomissements.

Roux de Lausanne (1) attribue ces accidents à l'influence de l'éther. Desfosses (2) cite quelques cas de *parotidite*, un seul cas, dans 93 observations, de gastro-entéro-anastomose postérieure.

Une complication assez sérieuse est l'*hémorrhagie* qui survient au cours de l'opération dans les cas de suture.

Tuffier et d'autres ont perdu des malades d'*hémorrhagie post-opératoire*.

Il n'est pas rare, pendant la convalescence de la gastro-entéro-anastomose, de voir se produire des éventrations dues à l'écartement des lèvres de la plaie.

L'*étranglement* du jéjunum dans la boutonnière du méso-côlon est cité une fois dans une observation de Terrier (3) tandis que l'*étranglement* du côlon transverse, dans les gastro-entéro-anastomoses, précoliques, est un accident très fréquent.

Le *circulus viciosus* est cité une fois par Desfosses pour la gastro-entéro-anastomose postérieure et une fois par Jaboulay pour la gastro-entéro-anastomose antérieure.

A côté de tous ces accidents il faut en ajouter un autre qui n'est passans une grande importance c'est la

(1) ROUX (de Lausanne). — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* 1897, p. 81.

(2) DESFOSSÉS. — Thèse de Paris 1898, p. 59.

(3) DUVIVIER. — Thèse de Paris, 1895, p. 82, obs. 36.

diarrhée qui survient quelques jours après l'opération
Nous l'avons observée une fois (Obs. VII).

Nous ne savons trop comment nous expliquer ce phénomène. Voici comment s'expriment Terrier et Hartmann dans leur livre: « Chirurgie de l'estomac » (1899, p. 160) :

« Cette diarrhée peut se produire en l'absence de toute purgation et entraîner de même la mort chez un malade débilité, tout prêt à tomber dans le collapsus. Chez d'autres malades la diarrhée est plus tardive, mais elle est continue, persistante, ne s'arrête que temporairement par une médication appropriée ».

II. — COMPLICATIONS PROPRES A LA GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE.

On a objecté à ce procédé qu'on a plus grandes chances d'infecter le péritoine.

Nous avons vu qu'en opérant hors de la cavité abdominale cet inconvénient est supprimé.

Nous avons encore vu précédemment que l'étranglement du jéjunum est très facilement évité.

Les hémorrhagies et la gangrène du côlon transverse ne sont jamais observées.

III. — RÉSULTATS IMMÉDIATS

Tous les opérateurs ont constaté presque pour tous les procédés de gastro-entéro-anastomose que les symptômes subjectifs sont supprimés après l'intervention: les malades ne souffrent plus, ne vo-

missent plus. L'estomac reprend ses fonctions digestives aussi bien chez les cancéreux que chez les malades qui présentaient des signes de sténose pylorique bénigne.

Dès que les malades commencent à s'alimenter, leur état général change et va s'améliorant progressivement.

Pour dire ici lequel des nombreux procédés de gastro-entéro-anostomose donne de meilleurs résultats, il nous faut beaucoup plus de cas observés.

Si nous nous basons sur la statistique de la mortalité, c'est la gastro-entéro-anastomose postérieure trans-méso-colique qui donne la mortalité la plus minime.

Nous avons, pour 12 cas opérés, deux cas de mort, l'un 10 jours et l'autre cinq heures après l'opération. Donc une mortalité de 16,6 pour 100.

Il est vrai que tous les statisticiens ne sont pas d'accord sur cette question.

En 1887, Rockwitz trouve une mortalité générale de 64 pour 100.

En 1893, Wilhelm trouve 53,3 pour 100 sur 215 observations.

En 1896, Haberkant trouve 42,6 pour 100 sur 298 observations.

On voit, en effet, que la mortalité de la gastro-entéro-anastomose en général tend sans cesse à décroître, d'abord parce qu'on fait des opérations plus précoces et parce que la technique opératoire se perfectionne de jour en jour. De sorte qu'on

voit le chiffre moyen de la mortalité réduite actuellement à 20 pour 100.

Si cette mortalité est encore considérable, la faute est aux médecins qui laissent leurs malades dépérir progressivement en les entourant de soins illusoires et ne les confiant aux chirurgiens que lorsqu'il n'y a plus de doute possible sur la proximité d'une échéance fatale.

IV. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Ces résultats ont été l'objet de nombreux travaux.

Tout récemment est paru le mémoire de Hartmann et Soupault, dans la *Revue de Chirurgie* (1899) que nous avons lu avec grand intérêt. Ces auteurs ont fait une étude complète sur les résultats éloignés de la gastro-entéro-anastomose en générale, à propos de vingt cas personnels. Nous sommes loin de prétendre critiquer ce travail si précieux.

Nous sommes heureux, avec nos douze cas, de pouvoir contribuer à l'étude de la gastro-entéro-anastomose postérieure, et nous tenons à dire que celle-ci ne supprime nullement les fonctions de l'estomac. Nous observons depuis 7 mois nos opérés et nous les voyons manger et digérer, engraisser et reprendre leurs forces.

Aucun de nos malades ne se plaint du retour des troubles fonctionnels de l'estomac qu'il présentait avant l'opération.

N'ayant pas eu de cas d'autopsie, nous ne savons

pas trop ce qui se passe du côté de la bouche anastomotique. Il est très probable que cette bouche néoformée agit comme un nouveau pylore. Car on peut distendre l'estomac par l'insufflation gazeuse, ce phénomène ne peut s'expliquer qu'en admettant que le nouveau pylore se ferme comme un pylore normal. Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'on ne saurait trop quelle raison donner aux résultats excellents obtenus pour des malades opérés pour des sténoses pyloriques bénignes. Ces malades engraisent avec une rapidité surprenante, récupèrent toutes leurs forces et on les considère comme guéris définitivement.

Il n'en est pas de même pour les malades opérés pour des sténoses cancéreuses. Ces malades trouvent une grande amélioration dans leur état général. Toutes leurs souffrances et les vomissements antérieurs ne les torturent plus, mais il ne reprennent jamais complètement leurs forces. D'une façon générale tous augmentent de poids, mais jusqu'à un certain temps ; puis ils commencent de nouveaux à maigrir, mais sans jamais présenter les phénomènes pyloriques. Ils se cachectisent par la généralisation de la lésion cancéreuse, ou ils meurent d'une complication pulmonaire ou autre.

Le délai de la survie de ces malades est aussi très controversé. La moyenne est de 6 mois. La survie de 12 à 14 mois n'est pas rare. Au dessus de ce chiffre, les cas sont douteux et on peut se demander si le diagnostic de cancer était bien exact.

Observations

OBSERVATION I

(Inédite, due à M. JABOULAY.)

NÉOPLASME DE L'ESTOMAC. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE. TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

D..., Etienne, âgé de 46 ans, fabricant constructeur à Messimy (Rhône). Père mort à 75 ans d'affection indéterminée.

Au régiment le malade eut une bronchite. En 1885, il eut une gastrite avec vomissements, douleurs épigastriques, digestion lente, intolérance pour le lait; au bout de quelques temps, sa santé sembla se rétablir, toutefois les vomissements persistaient. Cette amélioration ne fut que passagère; il y a dix-huit mois les symptômes s'accrurent et leur gravité oblige aujourd'hui le malade à entrer à l'hôpital. Il a maigri de douze kilos depuis quatre mois, ses forces ont notablement diminué. Il ne souffre plus du tout depuis un an, quand il ne mange pas trop; aussi, bien qu'ayant un gros appétit, est-il obligé de se rationner, ce n'est qu'à ce prix qu'il évite le retour des vomissements. Après chaque repas il a des renvois et, quand il vomit, il a remarqué dans les matières rejetées des parcelles de viande non digérée. Depuis deux mois, la constipation est opiniâtre. A la palpation on sent

une induration douloureuse au creux épigastrique un peu à gauche; pas de dilatation de l'estomac.

Le 27 juillet 1899 opération. — Gastro-entéro-anastomose postérieure.

A la suite de l'opération, le malade, qui était très bas, se relève peu à peu, il se remet à manger et peut digérer même la viande. Le 13 août il quitte l'hôpital; le 11 septembre, il vient se faire voir disant qu'il a pris trois kilos.

Le 14 octobre 1899, il va très bien, il a gagné sept kilos depuis son opération.

Le 2 décembre, il écrit une lettre, annonçant qu'il va toujours bien. Huit kilos depuis son opération.

OBSERVATION II

(Inédite, personnelle.)

NÉOPLASME DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO COLIQUE. — GUÉRISON.

Jean-Louis C..., 27 ans, tailleur. Rien dans les antécédents héréditaires; bonne santé habituelle, pas d'alcoolisme. A l'âge de 18 ans il commença à souffrir au creux épigastrique après les repas. Pendant trois ans, il eut quelques vomissements. Pris bon au conseil de révision il fut réformé au bout de six semaines de service. A cette époque il éprouvait une douleur épigastrique très vive affectant nettement le type « en broche ». Son appétit était très diminué, il vomissait tous les huit ou dix jours et maigrissait beaucoup (perte de dix kilos en six mois). Un an après avoir quitté le régiment il eut du méloëna et une abondante hématémèse. Depuis, les vomissements sont devenus de plus en plus fréquents et contiennent des aliments ingérés plusieurs jours auparavant.

Le régime lacté, institué rigoureusement pendant de longues périodes, a soulagé un peu le malade. Mais il continue

à maigrir et a perdu ses forces ; depuis quatre ans il a perdu 18 kilos. Le 8 juillet 1898, il a été opéré par M. Jaboulay pour une sténose pylorique ; il lui fit une pyloroplastie ; suites opératoires excellentes.

Le 14 août 1898 il a quitté l'hôpital ayant gagné six kilos,

Revu en octobre 1898, il allait très bien et pesait 53 kilos.

Le 28 avril 1899 il écrivait une lettre très reconnaissante et disait qu'il avait gagné 25 kilos depuis le mois d'octobre, et qu'il n'éprouvait plus aucun trouble gastrique.

Dix mois après sa sortie de l'hôpital, il s'aperçut que les accidents qui avaient motivé son premier séjour réapparaissaient : il souffrait au niveau du creux épigastrique. Les digestions se produisaient difficilement ; des vomissements deux à trois fois par jour, l'amaigrissement recommence (perte de 15 kilos en deux mois).

Le 18 août 1899, il rentre à l'hôpital dans le service de M. Jaboulay. A son entrée, il présente les mêmes signes de sténose pylorique qu'auparavant. Cette fois M. Jaboulay se décide à lui faire une *gastro-entéro-anatomose postérieure transmeso-colique*.

L'opération est pratiquée le 21 août 1899. A l'ouverture de l'abdomen M. Jaboulay constata que la sténose était due à une tumeur du pylore en voie de généralisation, les ganglions mésentériques sont pris.

On fait le diagnostic de néoplasme du pylore greffé sur ancienne pyloroplastie.

Le malade ne paraît pas avoir de méso-côlon transverse.

Suites opératoires excellentes.— Pas de nausées, ni vomissements,

Le 22 octobre pas de vomissements, le malade prend 1/2 litre de lait.

Le 27 il prend du potage et son litre de lait.

Le 28 il commence à manger du pain, du poulet et un litre de lait

Le 29 il suit le régime du service.

Le 8 septembre il quitte l'hôpital ayant repris un peu de ses forces et une bonne mine.

Le 8 octobre 1899 il écrit une lettre très reconnaissante; il dit qu'il va de mieux en mieux; il ne sent jamais plus de douleurs ni de vomissements. Il mange et digère très bien; pèse 8 kilos de plus.

Le 2 décembre 1899 il écrit encore une lettre dans le même sens; pèse 13 kilos de plus.

OBSERVATION III

(Inédite, personnelle.)

STÉNOSE FIBREUSE DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

R., femme âgée de 35 ans, réglée à 13 ans, mariée, pas de fausses couches, mère de six enfants, dont un est mort à 2 ans, les autres sont bien portants. Son père est mort d'une maladie de cœur, mère morte d'apoplexie.

Dans ses antécédents personnels on ne trouve que des troubles gastriques auxquels elle a été sujette pendant longtemps : constipation opiniâtre, elle est restée huit jours sans aller à la selle. Jamais de vomissements; pas de renvois après les repas; elle n'a jamais eu un gros appétit; douleur spontanée dans l'estomac que la malade caractérise assez bien et qu'elle attribue à des contractures de l'estomac.

Il y a 5 ans elle a eu plusieurs crises de coliques hépatiques. Le médecin qui l'a vue a fait le diagnostic de cholécystite. La malade a fait une saison à Vichy sans que son état s'améliore; au contraire, les troubles de la digestion persistaient et s'aggravaient de plus en plus, son appétit est presque disparu, elle n'avait plus de forces. Au commencement de 1899 elle a perdu sept kilos en neuf mois; vingt-cinq kilos en cinq ans.

Le 12 septembre 1899, vue par M. Bouveret, a été envoyée à M. Jaboulay pour une induration du pylore.

Le 28 septembre 1899 celui-ci a fait une *gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique*. A l'ouverture de l'abdomen on a trouvé le pylore épaissi et, tout autour, des brides cicatricielles, la principale attachait le pylore à la face inférieure du foie.

Suites opératoires excellentes : la malade a pu assez rapidement suivre le régime du service qu'elle a quitté, le 16 octobre 1899, en parfaite santé.

Revue le 3 décembre 1899 à son domicile, elle a une bonne mine ; raconte qu'elle trouve dans son état général une grande amélioration depuis qu'elle est sortie de l'hôpital, ne ressent plus de douleurs. « Deux heures après le repas, dit-elle, je sens une pesanteur sur l'estomac », mais quand elle suit le précepte de M. Bouveret, de prendre, au moment des repas, une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide chlorhydrique..... 1 gr.
Eau distillée..... 300 gr.

et, après le repas, de s'étendre sur le dos et d'appliquer des compresses chaudes, elle se trouve aller de mieux en mieux. Son appétit est bon ; elle mange et digère assez bien. Elle a toutes ses forces, mais elle n'a pas encore repris son poids normal.

OBSERVATION IV

(Personnelle, inédite).

GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE. TRANS-MÉSO-COLIQUE
NÉOPLASME DU PYLORE. — MORT DE NÉPHRITE ASCENDANTE.

P., V. âgé de 61 ans, cultivateur. — Père mort de la fièvre typhoïde. Mère morte peut-être d'un néoplasme de rectum ou de l'utérus. — Pas de maladie antérieure. Ma-

rié, femme morte probablement de tuberculose pulmonaire. Cinq enfants bien portants.

Le malade entre à la salle Saint-Jean (Service de M. Bouveret) le 12 octobre 1899, se plaignant de vomissements fréquents après les repas, de douleurs abdominales, de constipation. Il nie avoir eu des hématemèses ou du méloena.

Néanmoins l'état général du malade est fort précaire. Il est considérablement amaigri et a perdu presque complètement ses forces.— Il ne peut presque plus manger. On fait le diagnostic de néoplasme du pylore et le malade est envoyé dans le service de M. Jaboulay, salle Saint-Louis n° 10.

Opération le 23 octobre 1899. On constate que la tumeur siégeant au pylore est relativement peu développée et n'est pas encore généralisée ; en somme on pourrait encore faire une ablation de la tumeur quand le malade, qui est fort bas, sera remis à la suite de la gastro-entéro-anastomose postérieure qui est pratiquée immédiatement.

Le lendemain de l'opération il ne vomissait plus. Pour le faire uriner on le sondait plusieurs fois par jour, puis on lui laissait la sonde à demeure.

Le 2 novembre 1899. — Il succombe.

Le 3 novembre 1899.— Nécropsie. L'attention était attirée du côté des voies urinaires. Rien dans l'urèthre. La prostate étant hypertrophiée, on pouvait faire sourdre du pus. La muqueuse de la vessie est exfoliée.

Les reins de deux côtés présentaient une pyélo-néphrite plus marquée du côté droit.

Rien du côté de l'anastomose, ni dans le péritoine. Le cœur était petit. Epanchement dans le péricarde et dans la plèvre. Les bases des poumons sont congestionnées et œdématisées.

OBSERVATION V

(Personnelle, inédite.)

NÉOPLASME DE L'ESTOMAC. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE
POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

T..., âgé de 66 ans, tisseur. — Père mort à 70 ans d'affection indéterminée ; mère morte de suite de couches en bonne santé ; a perdu 5 frères ou sœurs ; l'un accidentellement, trois autres de maladie inconnue, une sœur est morte d'une tumeur abdominale. N'a jamais eu d'enfants.

Dans ses antécédents on retrouve seulement des coliques hépatiques à trois ou quatre reprises, il y a 25 ans.

L'affection actuelle a débuté l'été dernier ; vers le mois de juin, le malade a commencé à maigrir, c'est là ce qui l'a frappé tout d'abord, l'appétit diminuait mais l'anorexie n'est devenue absolue qu'au commencement d'octobre. C'est aussi seulement à partir de cette date que le malade se mit à vomir. Les vomissements survenaient tous les deux jours environ, étaient abondants, alimentaires : le malade vidait son estomac. Jamais d'hématémèse.

Il avait, en outre, des douleurs gastriques en forme de crampes, durant un temps assez court, sans rapport avec l'alimentation.

Il est entré à l'Hôtel-Dieu le 22 octobre dans le service de M. Jaboulay.

Le 25 octobre, après un lavage de l'estomac, M. Jaboulay lui pratique une laparotomie médiane sus-ombilicale ; il constate que la tumeur est cachée sous la face inférieure du foie, elle paraît être sur la petite courbure de l'estomac près du pylore. L'estomac n'est pas dilaté, sa face postérieure est libre. Il a pratiqué une gastro-entéro-anastomose postérieure.

Le lendemain de l'opération il se trouvait mieux, buvait du champagne et du lait. Pas de vomissements ni de douleur.

Le 3 novembre pansement ; la plaie est cicatrisée, on lève les fils; il ne se plaint de rien. Il mange, mais très peu.

Le 9 novembre légères coliques; il est constipé; on lui donne des lavements.

Le 14 novembre, il mange très peu, mais il ne vomit pas le teint est pâle.

Le 15 novembre on le fait passer dans le service de M. Bondet où il est resté jusqu'au 18 novembre. Là son état général est resté le même. Le teint est toujours pâle et le malade est toujours maigre. Pas d'œdème des membres inférieurs, pas de clapotements gastriques, pas de douleurs à la palpation; qui fait percevoir à droite, profondément sous le foie, une petite tumeur rénitente. *Le foie* est dans des limites normales; sa matité déborde d'un travers de doigt le rebord costal; pas de ganglions sus-claviculaires. La langue est humide et dépouillée.

A l'auscultation des poumons, en avant, la respiration est un peu emphysémateuse; aux bases quelques brides de congestion.

Cœur. — La région précordiale est sonore; à l'auscultation bruits très lointains, faibles; ne sont guère perceptibles que vers le sternum.

Le pouls est régulier, de tension faible, 88. Température 36°6. Urine : ni sucre, ni albumine.

Le 18 novembre pèse 48 kilos.

OBSERVATION VI

(Personnelle, inédite.)

NÉOPLASME DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

M..., L., âgé de 43 ans, cultivateur, célibataire. Mère morte peut-être d'une affection stomacale ou œsophagienne; père bien portant.

Dans ses antécédents personnels, pas de rhumatisme, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Bonne santé habituelle. Depuis l'âge de 30 ans il a quelques troubles gastriques mal déterminés, assez souvent dans la journée il avait un peu de vomissement, comme une régurgitation de liquide. La scène change complètement au mois de février 1899 et c'est à cette date qu'on peut faire remonter le début de l'affection actuelle.

Voici quels furent les principaux symptômes :

1^o Des vomissements qui survenaient de temps à autre tous les quatre ou cinq jours ; ces vomissements apparaissaient à n'importe quelle heure ; ils étaient seulement muqueux.

2^o Les douleurs gastriques, violentes, qui débutèrent en septembre et durèrent un mois et demi, étaient presque continues et localisées à l'épigastre avec irradiation dans le dos ; elles étaient très violentes et le malade était obligé de s'asseoir sur son lit. On pensa à ce moment, tellement les crises douloureuses étaient violentes, à des crises gastriques tabétiques.

3^o Affaiblissement général, amaigrissement, pâleur, perte des forces, œdème des jambes. Depuis le mois d'août inappétence ; il ne peut prendre que des liquides car les morceaux de pain et de viande ne peuvent pas passer.

Le 12 août 1899 il est entré dans un service de médecine. Le 27 octobre 1899, à cause des douleurs, il a été envoyé dans le service de M. Jaboulay pour une intervention. Laparotomie médiane ; il a été opéré le jour même. On trouve, au niveau du pylore, une tumeur en voie de généralisation. Gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique. Depuis l'opération plus de douleurs du tout ; le malade mange de tout, du pain, de la viande : plus d'œdème des jambes.

Examen des urines, poumon, cœur, négatif.

Le 13 novembre 1899 le malade quitte le service.

Le 8 décembre 1899 il écrit une lettre très reconnaissante : il dit qu'il ne souffre plus du tout et qu'il mange et digère très bien.

OBSERVATION VII

(Personnelle. — Inédite.)

NÉOPLASME DU PYLORE. GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

Marie N..., âgée de 53 ans, réglée à 16 ans. Père bien portant, mère morte d'affection indéterminée ; deux frères en bonne santé, une sœur morte en bas âge ; deux enfants bien portants, pas de fausses couches, aucune maladie antérieure. Elle a toujours eu bonne santé. C'est au commencement de juillet 1899 pour la première fois qu'elle a commencé à se sentir fatiguée, mais elle avait conservé son appétit. A partir du 15 août elle éprouva des douleurs intermittentes au niveau du creux épigastrique qui se propageaient en ceinture. Les crises la prenaient toujours après les repas ; renvois de gaz tantôt aigres tantôt acides ; constipation prolongée. Vers la fin du mois d'août vomissements alimentaires, perte de l'appétit, amaigrissement considérable. Devant ces symptômes elle se décide à venir à l'hôpital. A l'entrée on constate une grosse dilatation de l'estomac et une tumeur néoplasique du pylore.

Le 2 novembre 1899, après un lavage de l'estomac on fait une gastro-entéro-anastomose postérieure. Lorsque l'anesthésie a commencé il était 11 heures 15, à 11 heures 25 incision de la paroi abdominale ; incision médiane de l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. On constate une tumeur au niveau du pylore qui est en train de se généraliser. On est à la recherche de la portion jéjunale.

11 h. 28. — Incision du jéjunum, on passe un fil en boutonnière de bourse et on applique l'un des boutons Murphy-Villard. Après avoir serré et lié le fil, on bouche l'ouverture du bouton avec un tampon pour empêcher la sortie des matières de l'intestin. Pour aller chercher la face postérieure

de l'estomac, on retire le colon transverse et on l'étale en éventail sur la paroi abdominale préalablement garnie de compresses aseptiques ; puis on effondre avec un doigt le méso-colon transverse entre une anse artérielle ; il ne s'est pas produit d'hémorrhagie. Par cette large fente on retire facilement tout l'estomac, car il n'y avait pas d'adhérences sur sa face postérieure. Cette même face a été confiée à un aide qui, avec ses deux mains, entre ses deux doigts l'index et le pouce, avait saisi un pli comprenant toute l'épaisseur de la paroi stomacale.

11 h. 30. — Incision de la paroi stomacale ; l'application du fil et de l'autre bouton a été précédée de la même façon que pour l'intestin.

11 h. 33. — Fin de l'application des deux boutons l'un dans l'autre.

11 h. 34. — Suture de la paroi abdominale ; trois plans de sutures : 1^{er} plan péritonéal, surjet ; 2^e plan aponévrotique, surjet ; 3^e plan musculo-cutané, points isolés.

11 h. 40. — Fin de l'opération. Rien de particulier du côté de la respiration et de la circulation. La malade se réveille sans peine ; pas de vomissements.

Le même jour de l'opération la malade se gargarisait avec de l'eau fraîche. Le lendemain elle prenait du champagne et du lait, pas de température ; pas de renvois ni des vomissements.

Les jours suivants, rien de particulier ; la malade va à la selle avec des lavements.

Dix jours après elle avait commencé de suivre le régime du service, mais avec une intolérance particulière.

Le 14 novembre 1899, elle a dû prendre une indigestion.

Les jours suivants elle s'est plaint de l'inappétence.

Le 16 novembre, diarrhée intense, pas de vomissement.

Le 25, la diarrhée continue ; pas de vomissements l'appétit est conservé ; le pouls est petit et fréquent.

Le 27 la diarrhée est arrêtée, la malade veut manger et désire s'en aller.

Le 30 novembre 1899, elle quitte le service en parfaite santé.

OBSERVATION VIII

(Personnelle inédite, due à la collaboration de M. Boudin, interne dans le service de M. le professeur BARD.)

ULCÈRE EN ACTIVITÉ DE LA RÉGION DE L'ANTRE PYLORIQUE. — HÉMATÉ-
MÈSES ABONDANTES ET FRÉQUENTES. — STÉNOSE PYLORIQUE. —
GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANSMÉSO COLI-
QUE. — MORT CINQ HEURES APRÈS L'OPÉRATION.

G..., J. âgé de 46 ans, cultivateur.

Père mort âgé, mère morte à 56 ans d'affection inconnue ; cinq frères et sœurs tous bien portants. Le malade a toujours eu une bonne santé dans la jeunesse, il ne se souvient d'aucune grande maladie. Pas d'impaludisme, pas de neuropathie. Il nie l'alcoolisme et la syphilis, mais il raconte que, marié deux fois, il a eu de sa première femme deux enfants, l'un né avant terme, l'autre mort avec des boutons sur le corps. De la deuxième femme, deux enfants dans les mêmes conditions également morts. De plus on trouve, quoique il nie tout accident, des pléiades ganglionnaires dans les aines.

Le 3 décembre 1898 il est entré dans le service de M. Bard. Sur sa feuille d'observation était marqué :

I. Sténose gastro-intestinale névropathique. Hématémèse antérieure.

II. Rythme couplé, diminution de perméabilité rénale inorganique.

Le 9 décembre 1898, il est sorti du service.

Une deuxième fois, il rentre le 20 mars 1899. Diagnostic :

Rythme couplé. Sorti le 12 avril 1899.

La troisième rentrée, le 16 octobre 1899, avec des troubles gastriques et des crises douloureuses gastriques et persistance de la douleur dans l'intervalle ; des nausées et des vomis-

sements fréquents. Il n'y a pas eu d'hématémèse ni de méloena. Il n'y a pas d'amaigrissement. L'état général n'est pas altéré.

Le 6 novembre 1899 le malade a été envoyé dans le service de M. Jaboulay, en vue d'une intervention. Ici il a pris des hématémèses répétées ; il a été pris de hoquets et de faiblesse du poulx. Le faciès est pâle.

Le 7 novembre 1899, M. Jaboulay lui pratique une gastro-entéro-anastomose postérieure, trans méso-colique.

L'opération a eu lieu à 11 heures du matin ; le poulx a été très rapide, le malade n'a pas repris complètement connaissance après le réveil, et il est mort à 4 heures du soir.

L'autopsie le 10 novembre 1899, huit heures et demie du matin.

Etat de conservation du sujet satisfaisant.

L'attention a été attirée immédiatement du côté de l'estomac. Il a été enlevé en totalité, après l'éviscération complète, avec tout l'œsophage et 10-12 centimètres du duodénum. D'abord, incision sur sa face antérieure ; l'examen de l'antrum pré-pylorique et du pylore à ce moment (avant l'incision du pylore) montre trois ulcères de dimensions variables dans l'antrum pré-pylorique ; un autre localisé très exactement au pylore a créé une sorte de décollement qui s'introduit sous la muqueuse de l'anneau pylorique même, en la soulevant par un trajet oblique de l'estomac vers le duodénum. Autour de l'anneau pylorique, une inflammation chronique a créé sur la face séreuse une dépression circulaire tellement localisée qu'on dirait avoir affaire à une ligature incomplète de l'organe sur ce point.

L'orifice pylorique est considérablement rétréci, mais il est encore perméable. Un petit doigt d'adulte ne le franchit pas, mais la pointe de ciseaux mousses de moyen calibre y passe à frottement.

L'estomac avec sa totalité présente un certain degré de dilatation, mais moindre cependant qu'on ne l'aurait cru chez le vivant.

On incise le pylore, on observe alors cet ulcère oblique qui a creusé sous sa muqueuse la cavité oblique décrite plus haut. L'orifice gastrique de cette perte de substance est semi-lunaire et pressé sur la face postérieure à quelques millimètres de la ligne de passage entre l'estomac et le duodénum. La muqueuse qui est, pour ainsi dire, soulevée par cette cavité, offre un aspect mameloné, sans ulcération, mais d'un aspect au moins adénomateux assez caractéristiques pour qu'on prélève ce point en vue de l'examen histologique.

Dans l'antra pré-pylorique sont semés de distance en distance à deux travers de doigt en amont de l'anneau pylorique, sur une ligne discontinue suivant la circonférence de l'antra, trois autres ulcères, de forme assez irrégulière, taillés à l'emporte-pièce sans bords surélevés. Le plus grand, dans son plus grand diamètre, peut mesurer deux centimètres. Le fond de celui-là est formé par la musculaire. Les autres paraissent moins profonds, mais la muqueuse y a totalement disparu.

Pas d'autres lésions antérieures dans l'estomac. Le muscle gastrique ne paraît pas hypertrophié,

Les autres viscères ne présentent pas d'altération notable. L'aorte est intacte; pas athéromateuse, ainsi que les coronaires.

Leurs poids: cœur 290gr.; foie 1350; poumons 800 et 600 rein 110; rate 90.

A côté de ces observations, nous en ajouterons encore quatre autres que nous devons à la bienveillance de M. Jabouley, qui a bien voulu nous donner pour les unes leur résumé et pour les autres l'adresse des malades que nous avons pu revoir.

OBSERVATION IX

NÉOPLASME DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

P..., J., âgé de 46 ans, souffrant depuis deux ans d'affection de l'estomac. Bonne santé antérieure ; il pesait 124 kilos il y a deux ans. Le 26 juin 1899, il rentre dans le service de M. Bouveret pour des vomissements et amaigrissement considérable ; il ne pèse que 65 kilos.

Le 28 juin 1899, il rentre dans le service de M. Jaboulay, qui lui pratiqua une gastro-entéro-anastomose postérieure trans-méso-colique.

Avant l'opération, le malade était tellement bas qu'on ne lui a pas pratiqué le lavage de l'estomac. Pour relever son état syncopal, on fut obligé de lui faire des injections de sérum artificiel.

Les suites opératoires furent excellentes et le malade quitta l'hôpital le 13 juillet 1899.

Nous l'avons vu le 6 décembre 1899 en bonne santé ; il a, engraisé de 24 kilos, mange bien et digère tout ce qu'il mange, ne se plaint de rien ; il a repris ses forces.

OBSERVATION X

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

Homme, âgé de 55 ans, opéré au mois de mars 1899 pour une sténose du pylore.

Effondrement du méso-côlon avec le doigt, ce qui était très facile ; bouton de Murphy-Villard ; fil complémentaire ; suites opératoires excellentes. Le malade est parti en bon état.

OBSERVATION XI

CANCER DU PYLORE. — GASTRO-ENTÉRO-ANASTOMOSE
POSTÉRIEURE TRANS-MÉSO-COLIQUE. — GUÉRISON.

Homme B..., âgé de 42 ans, opéré au mois d'avril 1899.
Rien de particulier dans l'opération.

Sortie de l'hôpital en bon état.

Le 1^{er} décembre 1899, nous nous rendons chez ce malade que nous n'avons pu voir, celui-ci ayant changé son domicile. Les voisins ne pouvant nous indiquer sa nouvelle demeure nous disent que, lors de son départ, il était en bonne santé.

OBSERVATION XII

NÉOPLASME GREFFÉ SUR UN ANCIEN ULCÈRE DU PYLORE. — GASTRO-
ENTÉRO-ANASTOMOSE POSTÉRIEURE. — GUÉRISON.

Femme, 63 ans, opérée de la pyloroplastie par M. Jaboulay au mois d'octobre 1898. Récidive. Au mois de mai 1899 gastro-entéro-anastomose postérieure. Rien de particulier au cours de l'opération.

CONCLUSIONS

I. — La face postérieure de l'estomac étant facilement abordée par l'effondrement du méso-côlon transverse, il est préférable de l'aboucher avec l'intestin grêle, même quand la face antérieure est absolument libre.

La situation de la bouche anastomotique facilite le cours des aliments dans la portion inférieure de l'intestin grêle.

II. — La gastro-entéro-anastomose postérieure transmésocolique doit être le procédé de choix toutes les fois que le chirurgien est décidé à faire une voie collatérale, destinée à dériver le cours des aliments.

Ces cas sont :

- 1) La sténose pylorique cancéreuse.
- 2) La sténose pylorique non cancéreuse.

III. — La seule et unique contre-indication est l'envahissement de la face postérieure de l'estomac par la lésion néoplasique.

IV. — L'exécution de cette opération est d'une facilité extrême, sa durée dépasse rarement quinze minutes.

V. — Il n'y a pas d'accidents opératoires et fonctionnels qui puissent être attribués au procédé lui-même.

VI. — Les résultats immédiats sont excellents, les résultats éloignés sont : guérison palliative pour les sténoses cancéreuses et guérison définitive pour les sténoses non cancéreuses.

Vu :

Le président de la Thèse,

A. PONCET.

Vu :

Le Doyen,

LORTET.

Vu ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- CHAPUT. — Objection contre le bouton de Murphy. *Revue de Chirurgie*, 10 avril 1893, p. 338.
- DOYEN. — Traitement chirurgical des affections de l'estomac et du duodénum, 1891.
- DESFOSSÉS. — Manuel opératoire de la gastro-entérostomie postérieure trans méso-colique. Thèse, Paris 1898.
- DUVIVIER. — Gastro-entérostomie avec le bouton de Murphy. Thèse, Paris 1891.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de Chirurgie.
- GALLET. — Gastro-entérostomie et son manuel opératoire. Thèse, Lyon 1893.
- GROSS. — Gastro-entérostomie. *Semaine Médicale*, 1893, p. 401.
- HARTMANN. — *Bul. et Mém. de la Société de Chirurgie*, Paris 1897, p. 817.
- HARTMANN et SOUPAULT. — Les résultats éloignés de la gastro-entérostomie. *Revue de Chirurgie*. Paris mars-avril 1899.
- JABOULAY. — Intervention pour maladie du pylore. *Lyon Médical*, n° 18, t. 90, 1899.
- JABOULAY. — A propos du traitement du cancer du pylore. *Lyon Médical*, n° 46, t. 77, 1894.
- JABOULAY. — Inconvénients de la gastro-entérostomie et des moyens d'y remédier. *Province Médicale*, 10 février 1894.

- JEANNEL. — Chirurgie de l'intestin, 1899.
- JEUNET. — Thèse de Lyon, 1899.
- MAUCLAIRE. — De la gastro-entérostomie pour sténose du pylore et du duodénum. *Tribune Médicale*, 1895, p. 25.
- PLAUCHUT. — De la pyloroplastie dans le traitement des sténoses non cancéreuses. Thèse, Lyon 1899.
- POUCEL. — *Gazette des Hôpitaux*, 1896, p. 91.
- QUÉNU. — Gastro-entérostomie par la méthode de Murphy. *Presse Médicale*, 1894.
- ROUX (de Lausanne). — *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, 1897, p. 90.
- TARDIF. — Anastomose viscérale sans suture. Thèse de Paris, 1894.
- TERRIER et HARTMANN. — Chirurgie de l'estomac, 1899.
- TESTUT. — Anatomie humaine.
- TROGNON. — Gastro-entérostomie et ses résultats. Thèse, Paris, 1893.
- TUFFIER. — De la gastro-entérostomie dans les rétrécissements non cancéreux du pylore. *Bul. de l'Académie de Médecine*, Paris 1898, p. 401.
- VILLARD. — Note sur l'emploi du bouton de Murphy. *Lyon Médical*, 1894, p. 491.
- WILHELM. — De la gastro-entérostomie. Thèse de Nancy, 1893.

